

HEILSUFARSYFIRLÝSINGAR  
(HEALTH QUESTIONNAIRE)

Wealth  
Insuring

powered by



VÁTRYGGÐUR / INSURED PERSON

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_  
Name Social Security Number

Vátryggingaráðgjafi: \_\_\_\_\_ Nafn á söluumboði:  
Agent Name Name of the Sub-broker

Vinsamlega fyllið inn rétt, sönn og tæmandi svör við öllum spurningum hér að neðan. Röng upplýsingagjöf getur leitt til skerðingar eða höfnunar vátryggingabóta eða riftunar vátryggingarsamnings. Please fill in the correct, true and complete answers to all of the questions below. Otherwise, in the future it may cause the reduction or a rejection of the insurance benefit or the revocation of the insurance policy.

EINFÖLD YFIRLÝSING UM HEILSUFAR / SIMPLIFIED MEDICAL EXAMINATION

Einföld yfirlýsing um heilsufar er fullnægjandi ef eftirfarandi skilyrði eiga við: vátryggingarfjárhæð líftryggingar er ekki yfir EUR 20.000, aldur vátryggðs við vátryggingartöku er ekki hærri en 64 ára og engin önnur vátryggingarvernd er innifalin í umbeðinni vátryggingu.

Getur þú með réttu undirritað neðangreinda yfirlýsingu?

Ég lýsi því hér með yfir að ég er að fullu vinnufær og fæ ekki eða hef ekki sótt um að fá bætur vegna skerðingar á vinnufærni eða færni til að afla launa, vegna starfsörorku, læknisfræðilegrar örorku eða langtíma lækni meðferðar.

Að auki staðfesti ég að ég hef ekki legið á sjúkrahúsi til lækni meðferðar á síðustu fimm árum og hef ekki fengið meðferð eða tekið lyf lengur en þrjár vikur í senn vegna sama sjúkdóms, læknisfræðilegra einkenna eða heilsufarslegs vandamáls.

Ég lýsi því yfir að eftirfarandi sjúkdómar eru ekki og hafa ekki verið greindir hjá mér: Illkynja æxlissjúkdómar, sjúkdómar í taugakerfi, geðsjúkdómar, HIV sýking, hjartaáfall eða heilablæðing.

Röng yfirlýsing getur valdið skerðingu eða missi bótaréttar.

Já / Yes  Nei / No

Dagsetning  
Date

Simplified medical examination is available in case following conditions are met: Maximum sum insured for death insurance EUR 20.000, maximum age at entry is 64 years, no additional insured risks.

Can you truthfully make the following declarations?

I hereby declare that I am fully able to work and have not applied for any benefits because of reduction in earning capacity, occupational disability or invalidity or long-term care.

In addition I confirm that I was not in inpatient treatment in the last five years and that I did not have treatment or that I was not on medication longer than three weeks uninterrupted because of the same diseases, appeals and health problems.

I declare that following disease did not occur or do not occur: Malignant tumor disease, disease of the nervous system, mental diseases, HIV infection, heart attack or stroke.

If the insured does not truthfully declare the requested information, he might lose his insurance benefits partially or in whole.

Undirritun vátryggingartaka  
Signature of the policyholder

Ef yfirlýsingunni var svarað neitandi er nauðsynlegt að fylla út fulla heilsufarsyfirlýsingu hér að neðan.  
If the declarations was answered „No“ a complete answering of the medical questions is required.

HEILSUFARSYFIRLÝSINGAR / HEALTH QUESTIONS

Núverandi starf  
Current Occupation

Ertu foreldri  Já / Yes  Nei / No Hæð og þyngd \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg  
Are you a mother or a father? Height and weight

Reykirðu  Já / Yes Fjöldi sigarettna eða vindla á dag?  Nei / No (Ég hef ekki reykt síðustu 12 mánuði)  
Do you smoke? Number of cigarettes/cigars per day? (I have not smoked in the last 12 months)

Ég stunda eftirfarandi íþóttir \_\_\_\_\_  
I do the following sports Leisure Sports

Atvinnuþróttir að hluta \_\_\_\_\_  
Semi professional sports Professional sports

- |   | Já/Yes                | Nei/No  |
|---|-----------------------|---|
| 1. Ert þú með einhverja líf-, slysa- eða heilsutryggingu hjá öðru tryggingarfélagi? Ef já, vinsamlega greinið frá tegund tryggingar og gildissviði samningsins ásamt nafni tryggingafélagsins.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   |
| 2. Hefur eitthvert tryggingarfélag hafnað, frestað eða samþykkt umsókn frá þér um líf-, slysa- eða heilsutryggingu með álagi á síðustu fimm árum? Hefur einhver hluti tryggingarinnar verið undanskilinn? Ef já, vinsamlega tilgreinið tegund og gildissvið samningsins sem og nafn félagsins og ástæðu.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   |
| 3. Er einhver sérstök áhætta fylgjandi atvinnu þinni eða áhugamálum? (t.d. hættuleg og eldfim efni, hættulegar íþróttir svo sem fallhlífastökk, svífðrekaflug, einkaflug, vélsvífðrekaflug, dýfingar, fjallamennska, bardagalistir, akstursíþróttir o.s.frv.) Æfir þú einhverjar aðrar íþróttgreinar reglulega? Ef já, vinsamlega tilgreinið nánar (ef nauðsyn krefur þarf að svara viðeigandi viðbótarspurningum). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   |
| 4. Hefur þú farið í einhverjar skurðaðgerðir eða undirgengist einhverja meðferð, þar sem þú hefur þarfnast sjúkrahúslegu á síðustu 5 árum? Hefur verið áætlað að þú gangist undir skurðaðgerð eða leggist á sjúkrahús? Ef já, tilgreinið hvenær og hvers vegna.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   |
| 5. Þjáist þú af langvinnum sjúkdómi eða líkamlegri/andlegri örorku, fæðingargalla, afleiðingum skurðaðgerða, sýkinga eða áverka? Ef já, tilgreinið nánar síðan hvenær, hvaða meðferð og hvaða kvilla er um að ræða.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   |
| 6. Tekur þú einhver lyf reglulega eða hefur þú tekið lyf til langframa á síðustu fimm árum vegna heilsuvanda, verkja, veikinda eða áverka? Í þessu samhengi   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   |
|   |                       | 1. Do you have any contract for life, accident or health insurance in other insurance company? If yes, please specify the type and scope of the contract as well as the name of the company.  |
|   |                       | 2. Have any insurance company declined, postponed or accepted with a risk loading your application for life, accident or health insurance in the last five years? Did you have any exclusion of some part of the insurance? If yes please specify the type, scope of contract as well as the name of the company and reason.  |
|   |                       | 3. Are you exposed at work or in your spare time to any special risks? (e.g. dangerous and flammable substances, hazardous sports such as parachuting, paragliding, private motor airplane or glider flying, diving, mountain sports, martial arts, motorsports etc.) Do you practice other sports disciplines regularly? Are you planning on a longer stay in countries out of Europe for more than 6 months? If yes, please specify (if necessary additional questionnaire will be provided). |
|   |                       | 4. Did you have any surgeries, were you hospitalized treated during the last 5 years? Are any surgeries, hospitalization or treatment planned or recommended? If yes please specify when and for what reason.   |
|   |                       | 5. Are you suffering of chronic illness or physical / mental disability, birth defects, results of surgery, infections or injury? If yes, please specify from when, treatment and complications.  |
|   |                       | 6. Did you take medication regularly or for a longer period during the last five years because of health problems, pain, illness or injury? In this content „longer“ means  |

Já/Yes    Nei/No

- á „til langframa“ við tímabil sem er lengra en tvær vikur. Ef já, tilgreinið nafn, skammtastærð og tímallengd lyfjatóku.
7. Hefur þér verið ráðlagt að gangast undir, eða hefur þú gengist undir meðferð vegna áfengisneyslu, eiturlyfjaneyslu eða vegna einhverrar annarrar fíknar (t.d. fjárhættuspil eða annað)? Ef já, tilgreinið hvenær, hve lengi og ástæðu og tegund fíknar.
8. Færð þú eða hefur þú fengið örorkulífeyrisgreiðslu eða hefur þú sótt um slíkar greiðslur? Ef já, tilgreinið ástæðu og tímallengd.
9. Hefur þú verið óvinnufær í meira en 21 dag á síðustu 5 árum eða ertu í raun óvinnufær? Ef já, tilgreinið hvenær, hve lengi og af hvaða ástæðu.
10. Veikindi og sjúkdómar sem eru teknir fram innan sviga eru ekki tæmandi og eru aðeins teknir sem dæmi um hugsanlega sjúkdóma í viðkomandi líffæri. Ertu núna eða hefur þú einhverntíma legið á sjúkrahúsi vegna eftirfarandi sjúkdóma, heilsufarsvanda eða hefur þú einkenni sjúkdóma í?
- a) Hjarta, æðakerfi eða blóðrás (t.d. háan eða óreglulegan blóðþrýsting, óreglulegan hjartslátt, hraðslátt, hjarta óhljóð, kransæðasjúkdóma, brjóstverk, hjartadrep, hjartakveisu, æðahnúta, kransæðastíflu o.s.frv.)
- b) Taugakerfi og andlega sjúkdóma (t.d. almennan höfðuverk, migreni, svima, flogakvilla, flogaveiki, heila- og mænuisig, lómun, Parkinsons, Alzheimer sjúkdóm, geðraskanir, kvíða, þunglyndi, átraskanir o.s.frv.).
- c) Blóð, eittakerfi og milta t.d. blóðleysi, blóðstorkunarröskun, dreyrasyki, hvítblæði, breytingar í blóði, sýkingu í milta.
- d) Öndunarfæri (t.d. mæði, blóðtappi, astmi, berklar, heymæði, langvinn berkjubólga).
- e) Augu og eyru (t.d. óskýr sjón, sjónskerðing vegna starblindu, blinda, eyrnasuð, heyrnartap, heyrnarleysi o.s.frv.). Ef þú notar gleraugu eða linsur, vinsamlega tilgreindu styrkleika glerjanna fyrir hvort auga fyrir sig.
- f) Stoðkerfi (t.d. sjúkdómar í hrygg, brjós-klos, liðamót, vöðvar, sinar og liðbönd, gigt, stytting á fæti, útlímamissir. Einhverskonar bæklun sem takmarkar venjulega hreyfingu og þarfnast stöðugrar notkunar hjálpartækja (t.d. hjólastóll, hákjur, stoðtæki, spening á hrygg o.s.frv.).
- g) Meltingarfæri; vélinda - t.d. bakflæði, æðahnútar og annað; magi – t.d. magsár, magabólga eða annað; þarmsjúkdómar - t.d. Chron's sjúkdómur, sáraristilbólga, magasár og annað.
- h) Nýru og þvag- og kynfærakerfi sem og blöðruhálskirtill (t.d. bólga, steinar, blöðrur, blöðruhálskirtilssjúkdómur o.s.frv.).
- i) Kvensjúkdómar eða sjúkdómar í brjóstum (t.d. blöðrur, bandvefsæxli, kirtilæxli, separ, frumubreytingar, óreglulegar blæðingar, frjósemismæðferð, keisaraskurður, áhættuþungun, utanlegsóstur, o.s.frv.).
- j) Húð (t.d. exem, kláði, roði, ofnæmi o.s.frv.).
- k) Lifur, eittal eða efnaskipti (t.d. sykursýki, há blóðfita, há lifrarentím, þvagsýrugigt, skjaldkirtill eða aðrir sjúkdómar í innkirtlakerfi) eða gigtarsjúkdómar.
- l) Ónæmiskerfi, langvinnir smitsjúkdómar eða veirusjúkdómar (t.d. arfgengur ónæmissjúkdómur, lifrabólga, hitabeltissjúkdómar, sóthiti af ókunnum orsökum o.s.frv.).
11. Hefur þú haft eða hefur þú núna æxlissjúkdóm eða annan krabbameinssjúkdóm (t.d. góðkynja eða illkynja, blöðru, vöðvaæxli, o.s.frv.).
12. Hefur þú eða ert þú núna að gangast undir skimun vegna HIV/AIDS? Ef já, tilgreindu, hvenær og niðurstöðu rannsóknar.
13. Hefur þú gengist undir geislalækningar, lyfjameðferð, eða fengið óeðlilegar niðurstöður úr sértækum rannsóknum (t.d. sneiðmynd, segulómun, röntgen, ómun, hjartalínuriti, heilalínuriti, blóðþrýstingsmælingu, gildi á rannsóknarstofu o.s.frv.). Ef já, vinsamlega tilgreinið nánar.
- a period of more than two weeks. If yes provide the name, dosage and the length of taking the medication.
7. Have you been suggested a treatment or were you treated due to alcohol, drugs or other addiction (e.g. gambling and others)? If yes, please specify when, how long, the reason and type of addiction.
8. Do you or did you receive annuity due to disability or invalidity or did you apply for such annuity? If yes, please specify the reason and the length.
9. Have you been unable to work for more than 21 days in the last 5 years or are you currently unable to work. If yes, please specify when, for how long and the reason.
10. Illnesses and diseases listed in parentheses are not final and serve as examples of possible diseases of specific organs. Are or have you ever been treated or hospitalized in the last 5 years for the following disease, health disorders or do you have symptoms of these diseases?
- a) Heart, vascular system and blood circulation (e.g. high or fluctuating blood pressure, heart rhythm disorders, palpitation, heart murmur, coronary heart disease, chest pain, myocardial infarction, angina pectoris, varicose veins, thrombosis etc.)
- b) Nervous system and mental disorders (e.g. common headache, migraine, vertigo, seizure disorders, epilepsy, multiple sclerosis, paralysis, Parkinson's, Alzheimer's, psychiatric disorders, anxiety, depression, psychosis, eating disorders etc.).
- c) Blood, lymphatic system and spleen, (e.g. anemia, blood coagulation disorders, hemophilia. Leukemia, changes in the blood, spleen disease etc.)
- d) Respiratory system (e.g. dyspnea, embolism, asthma, tuberculosis, hay fever, chronic bronchitis etc.).
- e) Eye and ear (e.g. blurred vision, vision impairment, cataracts, blindness, tinnitus, hearing loss, deafness etc.) If you wear glasses or contact lenses, please provide the diopter of lenses for each eye separately.
- f) Musculoskeletal system (e.g. spinal disorders, spinal discs, joints, muscles, tendons and ligaments, arthrosis, shortening of the leg, the absence of the limbs, Orthopedic defects limiting normal movements and requiring continuous use of orthopedic appliances (e.g. wheelchair, crutches, orthosis, spinal fixator etc.).
- g) Gastrointestinal tract; esophagus – e.g. reflux disease, varicose veins and other; stomach – e.g. peptic ulcer disease, gastritis and other; bowel disease – e.g. Chron's disease, ulcerative colitis, ulcer disease and other.
- h) Kidney, genitourinary system and prostate (e.g. inflammation, stones, cysts, prostate disease etc.).
- i) Gynecological disorders or breast disease (e.g. cysts, fibroids, adenomas, polyps, dysplasia, menstrual disorders, infertility treatment, caesarean section, risk pregnancy, ectopic pregnancy etc.).
- j) Skin (e.g. eczema, itching, redness, allergy etc.).
- k) Liver, glands or metabolism (e.g. diabetes, higher values of cholesterol, higher values of liver enzymes, gout, thyroid gland or other diseases of endocrine glands) or rheumatoid illnesses.
- l) Immune system, chronic infections or viral diseases (e.g. inherited immunity disorder, hepatitis, tropical diseases, fever of unknown cause, etc.)
11. Do you have or did you have oncological diseases or other cancer diseases (e.g. benign and malignant, cysts, myomas etc.).
12. Have you been or are you undergoing a HIV/AIDS screening. If yes please explain, since when, the results or treatment.
13. Have you undergone radiotherapy, chemotherapy, or you were found abnormal results of specialized tests (e.g. CT, MRI, X-ray, ultrasound, EKG, EEG, measuring blood pressure, laboratory values et.cet.)? If yes, please provide details.

**Nánari upplýsingar varðandi heilsufarsupplýsingar sem svarað hefur verið JÁTANDI:**  
**For detailed information on health questions answered with YES:**

Tegund sjúkdóms eða kvilla, þróun hans Type of disease, complaint, change	Hvenær/hve lengi? When/how long?	Nafn og heimilisfang læknis / sjúkrastofnunar Name and address of the physician / hospital
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Ég staðfesti með undirritun minni að allar veittar upplýsingar í þessari umsókn um váttryggingarsamning, með ofangreindu samningsnúmeri, eru sannar og tæmandi.

I confirm with my signature that all the data in this health questionnaire to the proposal to conclude an insurance contract with the above number is true and complete.

**Staður og dagsetning**  
Place, Date

**Undirritun váttryggðs**  
Signature of the insured person

**Undirritun váttryggingartaka**  
Signature of the policyholder

# Leiðbeiningar til útfyllingar á umsókn

## Instructions for filling out the form

### Kæri viðskiptavinur

Áður en þú fyllir út þessa váttryggingaumsókn, lestu vinsamlega neðangreindar “spurningar og svör” sem eru spurningar viðskiptavina. Þegar þú fyllir út umsóknina, þá ertu e.t.v. spurður um “nánari upplýsingar”. Þegar við spyrjum “nánari upplýsingar” þá meinum við að svarað sé þá í smáatriðum. Við spyrjum þig spurninga svo að við getum veitt þér rétta váttryggingavernd og forðast óvissu í tjónsuppgjöri. Það er mjög mikilvægt að þú svarir öllum spurningum í umsókninni, en við getum ekki klárað afgreiðslu umsóknar ef einhver svör vantar við spurningum.

### Þegar við spyrjum um starf þitt – hvað meinum við ?

Tilgreining á starfi er mikilvæg fyrir okkur því sum störf eru áhættusöm eða fela í sér einhverjar áhættur, Sum áhættusamari störf eru: Atvinnubílstjóri – við þurfum að vita hvers konar ökutækjum er ekið, hvaða farmur er borinn, hve stór ökutækin eru – og hvort þau séu þungavinnutæki. Hvort að farmur sé sérlega hættulegur/eldfímur, eða hvort farmur teljist ekki hættulegur. Nánumenn eða byggingamenn með vinnupalla – við þurfum að vita hve djúpt vinna eigi sér stað, eða hve hátt. Dýpt og hæð felur í sér meiri líkur á slysi svo við viljum fá upplýsingar um dæmigerða dýpt/hæð sem unnið er við (undir eða yfir 6 metra). Iðnaðarmenn eða iðnverkamenn – vinsamlega veitið upplýsingar um nánara eðli starfs og iðnaðartæki sem notuð eru.

### Þegar við spyrjum um íþróttaiðkun – hvað viljum við vita ? Hvaða íþrótt það er og hve mikið stunduð ?

Við tilgreinum 3 flokka íþróttar og þú metur sjálfur hvaða flokki þín íþrótt tilheyrir. Tímstundaíþróttir (Leisure sports): er einföld ástundun íþróttar sem stunduð er til ánægju og tímstunda í því skyni að líða betur, styrkja heilsu og slökun. Keppnisíþróttir (semi-professional): þú ert skráður í íþróttafélag, ástundar skipulagða keppni og þiggur fjárhagslega hagsmuni fyrir, en er ekki full atvinna. Atvinnuíþróttir (professional): þú ert skráður í íþróttafélag, ástundar skipulagða keppni, þiggur laun fyrir og er full atvinna.

Áhættuþróttir: í heilsufarsyfirlýsingu er spurning um áhættusamar íþróttir sem þú kannst að stunda og við þurfum nánari upplýsingar ef eitthvað af eftirtöldum athöfnum eru hluti af þinni líkamsáreynslu eða tímstundum: fallhlífarstökk, svifdrekaflug, einkaflug, svifflug, köfun, fjallamennska/klifur, bardagaíþróttir, akstursíþróttir, flúðasiglingar, hellakönnun, brimbrettasiglingar, ísklifur, göngur á jökulum...

### Spurningar um heilsufar

Spurning 10 er með margar undirspurningar og þú þarft að svara þeim öllum, Ef þú svarar jákvætt við einhverri slíkri undirspurningu, þarftu að tilgreina tegund og gerð sjúkdóms, hve lengi hann hefur verið til staðar og gefa upp hver sé lækni þinn.

Spurning 10.i. fjallar um heilbrigði móðurlífs en einnig um heilbrigði brjósta. Þótt almennt sé ekki vitað þá geta karlmenn líka fengið brjóstakrabbamein, þannig að bæði kyn þurfa að svara spurningunni. Líka er spurt um krabbamein í spurningu nr. 11.

### Ef ég er ólétt, hverju svara ég ?

Við þurfum bara að fá frekari upplýsingar um hvort meðgangna sé, eða hafi verið greind sem áhættumeðganga. Ef meðganga er eðlileg þá þurfum við ekki frekari upplýsingar.

### Dear Client,

Before you begin to fill this form, please read the following Q&A, as they are very commonly asked by our clients. When you start with the form, you will be asked for details, and when we say details, we really need you to specify in great detail. We ask of you these questions so that we could provide you with correct cover and avoid uncertainty in case of claims management. It is very important that you answer all the questions, as we cannot process an application that has questions with missing answers.

### When we ask about your job – what do we mean?

Occupation specification is important to us, as some jobs are dangerous or carry potential risks. Some highly risky jobs are these: Drivers – we need to know what kind of vehicle you drive, what kind of load does it carry, how big it is – is it heavy duty vehicles? If the load is hazardous/flammable matter or is it non-hazardous transport. Miners or scaffold workers – we need to know if you work deep down under, or way up high. Certain depths/heights have higher risk of accident, so we would like for you to specify what height is your usual job (under 6 meters, or over). Construction workers – please provide us with the description of your job and the machine tools if you use them.

### When we ask about sports activities – what do we want to know? What kind of sport is it, and how often you do it?

We offer you 3 different categories of sport activities, and you can self-asses which category you fall under. Leisure sports: is simple sport activity that you do for fun or hobby to help you feel better, healthier and relaxed. Semi-professional: you are registered in a sport club, you participate in competitions and receiving financial reward, but it is not your full time occupation.

Professional: you are registered in a sport club, you participate in competitions and receiving financial reward, and it is your full time occupation.

Hazard sports: in the medical part there is a question on hazardous sports, and here we need information if these following sports are a part of your regular physical activity, or hobby: parachuting, paragliding, private motor-airplane, or glider flying, diving, mountain sports, martial arts, motorsports, rafting, cave diving, surfing, ice climbing, glacier hiking...

### Health questions

Question 10 has many sub-questions, and we need you to answer all of them. If you answer positive to any subquestion of this question, we need you to provide us with information of disease type, how long you had it, and details of your doctor.

Question 10-i states gynaecological issues but also issues with breast tissue. As you might not be aware of it, men can also fall victim to breast cancer, so please answer this question in regard to your health. Cancer is also covered in Question 11.

### I am pregnant, what should I mention?

We only need to know details of your pregnancy if it is or was diagnosed as risk pregnancy or ectopic pregnancy. If you are a otherwise healthy mom, we do not need details.